

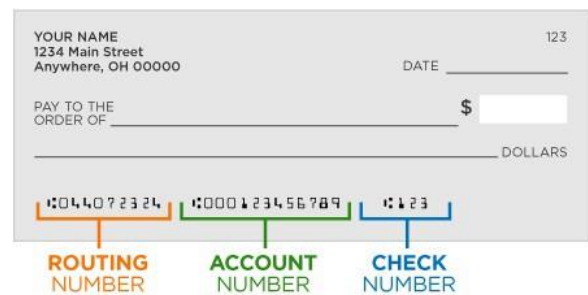
Recevez vos indemnités d'accident du travail par dépôt direct !

Dépôt direct

Fonds d'assurance de l'État de New York

La NYSIF propose le dépôt direct pour les demandeurs d'indemnités d'accident du travail. En coopération avec votre institution financière, le NYSIF peut déposer les paiements de prestations directement sur votre compte bancaire. Vous pouvez même choisir de répartir vos paiements entre deux comptes bancaires (par pourcentage).

EXIGENCES RELATIVES AU TYPE DE COMPTE



YOUR NAME
1234 Main Street
Anywhere, OH 00000

DATE _____ 123

PAY TO THE ORDER OF _____ \$ _____

_____ DOLLARS

⑆044072324 ⑆000123456789 ⑆123

ROUTING NUMBER **ACCOUNT NUMBER** **CHECK NUMBER**

ANNULATION

Cet accord reste en vigueur jusqu'à ce qu'il soit annulé. Pour annuler votre accord, visitez nysif.com, inscrivez-vous en tant que demandeur et sélectionnez l'option "se désinscrire du dépôt direct". De plus, vous pouvez annuler en contactant votre gestionnaire de dossier NYSIF sur nysif.com en utilisant nos liens rapides pour "Obtenir de l'aide pour les réclamations". Cet accord peut également être annulé par le NYSIF ou par votre institution financière. Dans les deux cas, vous recevrez des chèques ultérieurs par la poste. Le traitement d'une annulation peut prendre jusqu'à trois semaines.

MODIFICATIONS DE VOTRE COMPTE

Il vous incombe d'informer le NYSIF de toute modification des informations relatives à votre compte bancaire (changement de numéro de compte, d'institution financière, etc.). Avisez le NYSIF en soumettant une nouvelle demande de dépôt direct, disponible sur nysif.com.

Si vous changez de compte ou d'institution financière, vous devez maintenir votre ancien compte jusqu'à ce que votre nouveau compte reçoive votre prochain paiement par dépôt direct. Si l'ancien compte n'est pas maintenu, vous risquez de subir un retard de paiement jusqu'à ce que votre nouvelle autorisation de dépôt direct prenne effet.

VÉRIFICATION PÉRIODIQUE

Le NYSIF peut vous contacter périodiquement pour valider les informations concernant votre compte de dépôt direct. Si le bénéficiaire n'est plus en vie, informez-en le NYSIF immédiatement.

DEMANDE D'AUTORISATION DE DÉPÔT DIRECT DU FONDS D'ASSURANCE DE L'ETAT DE NEW YORK

Pour recevoir le dépôt direct des prestations, remplissez ce formulaire dans son intégralité et renvoyez-le à l'adresse ci-dessous. Pour plus d'informations sur vos droits concernant le dépôt direct, consultez le site nysif.com/directdeposit. Tous les champs doivent être remplis pour pouvoir adhérer au dépôt direct.

NOM (PRENOM, SURNOM, NOM): _____

NUMÉRO DE DEMANDE D'INDEMNISATION DU NYSIF: _____

ADRESSE DU DOMICILE (NE PAS UTILISER LA BOÎTE POSTALE): _____

VILLE: _____ ETAT: _____

CODE POSTALE: _____

ADRESSE ELECTRONIQUE: _____ TELEPHONE: _____

Saisissez toutes les informations, y compris votre numéro de compte et votre numéro d'acheminement bancaire. Contactez votre institution financière si vous avez besoin d'aide pour remplir cette section. Facultatif : Si vous souhaitez répartir vos paiements entre deux comptes bancaires, remplissez les deux séries de champs relatifs aux banques. Le pourcentage de répartition doit totaliser 100% (par exemple, 75% sur le premier compte et 25% sur le deuxième). Si, à tout moment, votre compte bancaire devient indisponible, le montant à payer sera envoyé par chèque papier.

DÉPÔT DIRECT COMPTE #1 (choisir entre le chèque et l'épargne): Chèque Distribution Epargne _____ %du chèque

NOM DE L'INSTITUTION FINANCIÈRE: _____

ROUTAGE # _____ COMPTE # _____

DÉPÔT DIRECT COMPTE #2 (choisir entre le chèque et l'épargne): Chèque Distribution Epargne _____ %du chèque

NOM DE L'INSTITUTION FINANCIÈRE: _____

ROUTAGE # _____ COMPTE # _____

CERTIFICATION ET AUTORISATION DU DÉPOSANT/BÉNÉFICIAIRE

En signant ce formulaire, j'autorise la NYSIF à diriger les paiements vers le(s) établissement(s) financier(s) nommé(s) ci-dessus pour les déposer sur le(s) compte(s) désigné(s). Je certifie que j'ai le droit de recevoir les indemnités sous-jacentes ou le produit du règlement, et que les circonstances me donnant droit à des indemnités de la NYSIF n'ont pas changé. Dans le cas où les circonstances qui affecteraient mon droit à recevoir des paiements ont changé, je dois en informer le NYSIF. Je comprends que pour demander le dépôt direct, je dois fournir une adresse électronique. En soumettant cette demande, je consens à recevoir des notifications électroniques à l'adresse électronique fournie.

SIGNATURE: _____ DATE: _____

ENVOYEZ LE FORMULAIRE REMPLI À:

NYSIF
PO Box 66699
Albany, NY 12206

DD-APP-WCF (6/21)